Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand

Zur Kasuistik des Peniskarzinoms

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der
Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

Von

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Hans Seyffardt
appr. Arzt aus Weilburg

Tag der Promotion: 23. September 1919

Emil Ebering, Berlin NW 7, Mittelstraße 29

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. His
Referenten: Prof. Dr. A. Köhler
Prof. Dr. Hildebrand

Zur Kasuistik des Peniskarzinoms

Die bösartigen Geschwülste der männlichen Genitalien stellen einen recht kleinen Teil der Gesamtneubildungen dar; so gibt v. Guret nur 179 derartige Fälle von 13 873 Geschwulstfällen an, die im Allgemeinen Krankenhause und in der Rudolfstiftung in Wien zur Beobachtung gelangten (Chirurgie der Geschwülste). Betrachtet man dagegen die Karzinome für sich, so verschiebt sich das Verhältnis ziemlich, und A. v. Winiwarter gibt 15 Karzinome der äußeren Genitalien auf 290 Karzinomfälle bei Männern überhaupt an (ebenda); nach „Handbuch der praktischen Chirurgie" 3 %. Man sieht daraus, daß das Peniskarzinom unter den Karzinomen doch eine recht beachtenswerte Rolle spielt.

Von den bösartigen Neubildungen des Penis ist die weitaus wichtigste das Karzinom. Das Peniskarzinom tritt in drei Formen auf, als papilläre Blumenkohlgeschwulst, als infiltrierender skirrhöser Krebs und als ulzerierender Krebs oder Markschwamm. Der Markschwamm, der umschriebene rasch wachsende, zerfallende und verjauchende Knoten an Eichel und Vorhaut bildet, kommt nur selten vor. Dagegen sind die anderen Formen, die man nach ihrer histologischen Beschaffenheit auch als verhornende Plattenepithelkrebse bezeichnen kann, ungleich häufiger. Der Blumenkohlkrebs bildet sich nach Barnay meist in 24 Monaten aus, während die ulzerativen Karzinome in 16 Monaten zu gleicher Größe anwachsen.

Am günstigsten ist der oberflächliche, flache Hautkrebs, der nur langsam wächst, während das papillare Karzinom sich wesentlich ungünstiger darstellt. Hier sind die zottigen

Wucherungen mit dicken Epithellagen bedeckt, ihre Basis kennzeichnet sich durch harte Infiltrationen und in den Buchten und Nischen derselben sondert sich übelriechendes, jauchiges Sekret ab. Auch Mogi (Ueber Peniskarzinom, 1914) unterscheidet drei Typen: papillomatöse, knotige (beide sind relativ gutartig) und ulzeröse Form (am bösartigsten hauptsächlich Basalzellenkrebs).

Barnay gibt an:
46 % blumenkohlartige Gewächse
35 % ulzerative Gewächse
12 % nicht ulzerative Gewächse.

Ist die Urethra mitbetroffen, so treten strikturähnliche Beschwerden hinzu.

Das Peniskarzinom zeigt sich meist zuerst als warzige Erhebung, seltener als Ulzeration.

Die Corpora cavernosa penis werden nicht häufig und dann erst spät ergriffen. Hat der Krebs sie aber befallen, so breitet er sich schnell in ihnen aus.

Metastasen auf dem Blutwege sind selten, dagegen werden auf dem Lymphwege nach A. Küttner die beiderseitigen oberflächlichen Leistendrüsen rasch ergriffen. Von da aus können sich dann sekundär auch Metastasen in den Beckendrüsen bilden. Auch Zoarski sah die inguinalen und tiefen Beckendrüsen häufig frühzeitig regionär einbezogen, was die rektale Untersuchung erkennen ließ. Cunningham weist auf die Wichtigkeit auch der drei tiefgelegenen Lymphdrüsen an der Innenseite der Femoralvene bauchwärts der Saphenamündung hin. Er empfiehlt ihre Ausräumung vermittels eines Längsschnittes über dem Scarpaschen Dreieck und die Entfernung der Schenkelkanaldrüsen nötigenfalls mit Durchtrennung des Ligamentum Pouparti. Barnay hat bei 75 % vergrößerte Leistendrüsen nachge-

wiesen, von denen 60 % mikroskopisch Krepsherde zeigten, der Rest dagegen nur entzündliche Veränderungen darbot.

Metastasen bilden sich manchmal in Leber, Magen und Knochen.

Lindemann stellte (Berl. Klinische Wochenschrift, 1914, S. 574) einen Pat. vor, der vor 2 Jahren wegen Peniskarzinoms (Cancroid) operiert worden war. Die damals bestehenden großen Drüsenpakete in den Inguinaldrüsen, welche unbedingt als Metastasen angesprochen werden mußten, sind jetzt verschwnuden. Der Patient fühlte sich bis vor kurzem gesund; jetzt sind unbestimmte abdominale Erscheinungen aufgetreten mit Kachexie, die auf eine Magenerkrankung hindeuten. Es ist fraglich, ob es sich um eine Folge des früheren Tumors handelt oder um eine davon unabhängige neue Affektion bei völliger Ausheilung des Peniskarzinoms.

Ebenda S. 141 findet sich ein von Schnitzler (Wien) vorgestellter Fall von Knochenmetastasen eines Peniskarzinoms, bei dem sich auf der rechten Schulter ein fluktuierender von einem Knochenwall umgebener Tumor und eine ähnliche Geschwulst über dem Kreuzbein befindet.

Sekundär kann ein Peniskarzinom durch Uebergreifen von der Blase, Prostata oder Rektum entstehen.

Meist geht das Peniskarzinom von der Haut der Eichel oder Vorhaut, weniger oft von den Haut- bz. Talgdrüsen aus, jedoch sind auch primäre Krebse der Harnröhre keine Seltenheit. So hat Englisch 48 derartige Fälle zusammengestellt, bei denen er die Entstehung aus der Harnröhrenschleimhaut einwandfrei nachweist. (Tillmanns Lehrbuch der speziellen Chirurgie) Barnay hat festgestellt

von der Haut des Penis ausgehend 45 %
von der Vorhaut ausgehend 24 %
von der Urethra ausgehend 0 %.

Ueber die Entstehung des Karzinoms im allgemeinen ist man noch wenig unterrichtet, jedoch hat gerade das Peniskarzinom mancherlei wichtige Beobachtungen gezeigt. Einmal ist es ziemlich sicher nachgewiesen, daß chronische Entzündungen eine sehr wesentliche Rolle spielen: So entsteht nach v. Volkmann der Krebs der Eichel und der Vorhaut oft aus vorhergegangenen Ekzemen, auch Balanitis und Balanoposthitis disponieren dazu (Chirurgie der Geschwülste). Demarquay fand von 59 Fällen von Peniskarzinom 42 mit Phimose kombiniert und Tillmanns sah sogar bei sämtlichen wegen Peniskorzinoms Operierten eine Phimose. (Tillmanns Lehrbuch der speziellen Chirurgie) Nach Zoarski (Zur operativen Behandlung des Peniskarzinoms) kam bei 56,2 % der eigenen Fälle angeborene Phimose in Betracht; Unreinlichkeit und kontinuierliche Reize befördern seiner Ansicht nach die Bildung der Affektion. Barnay gibt 85 % Phimosen bei an Peniskarzinom Erkrankten an. Zur Erhärtung dieser Statistik dient auch eine Beobachtung, auf die Travers hinwies, nämlich daß bei Juden Karzinome des Penis gar nicht oder doch nur ganz selten vorkommen. Der Grund ist nach J. H. Cunningham (The operative treatment of carcinoma of the penis) in der frühzeitigen Zirkumzision zu suchen, da „Phimosen günstige Bedingungen für Krebsentwicklung schaffen.“ Auch Barnay hatte unter 100 Fällen keinen Juden. Auch Epitheliale Neubildungen, spitze Kondylome, Warzen, Hauthörner und Narben können den Boden für ein Karzinom abgeben.

Eine andere bemerkenswerte Tatsache ist, daß bei Ehegatten ein gleichzeitiges Vorkommen des Gebärmutterkrebses und Peniskarzinom offenbar durch Ansteckung beobachtet wurde. (Tillmanns Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie.) Barnay (Barnay und I. Dallinger, Epithelioma of the penis. Ann. of surg. Nr. 46, 1907) hat allerdings bei 100 Er-

krankungen an Peniskarzinom keinen Fall von Kontaktinfektion der Portio feststellen können.

Das Peniskarzinom befällt hauptsächlich Personen höheren Alters, jedoch erkranken auch 30—40jährige Männer, und Creite beschreibt aus der Göttinger Klinik sogar einen Fall von Peniskarzinom bei einem zweijährigen Kinde. Barnay gibt auf Grund der Beobachtung von 100 Fällen einen Altersunterschied von 25—83 Jahren an. (Tillmanns, Lehrbuch der speziellen Chirurgie.)

Die Diagnose des Peniskarzinoms ist nicht immer einfach, so weist Cunningham auf die Aehnlichkeit mit gutartigen Papillomen und spitzen Condylomen hin und stellte die Regel auf: „Deshalb sollte im Krebsalter bei auch nur leichtem Verdacht eine histologische Untersuchung angestellt werden."

Besonders geben syphilitische Wucherungen (breite Condylome) und gummöse Ulzerationen Anlaß zu Verwechslungen. Anamnese, Probeexzision oder Antisyphilische Behandlung geben den Ausschlag. Finden sich bei älteren Leuten mit Phimose papilläre Wucherungen mit ulzerösem Zerfall und übelriechendem Ausfluß, dann handelt es sich gewöhnlich um ein Karzinom (Tillmann, Lehrbuch der speziellen Chirurgie). Die Wichtigkeit des rechtzeitigen Erkennens ist nach dem obengesagten einleuchtend; ein durch einen Kurpfuscher falsch behandelter Fall von Peniskarzinom ist als trauriges Beispiel in der Berliner klinischen Wochenschrift (S. 35, 1908) angeführt.

Die Prognose des Peniskarzinoms ist nicht ungünstig, wenn frühzeitig operiert wird, d. h. bevor die Leistendrüsen befallen sind. In Frage kommt außer der später zu besprechenden Emasculation nur die Penisamputation mit Ausräumung der Leistendrüsen. Die Operation ist einfach und ergibt gute Heilerfolge; so sah Küttner in der Tübinger Klinik bei 60 Fällen 66% Dauerheilungen, während Bar-

nay allerdings nur 38 % angibt bei 1 % operativer Mortalität. Zoarski operierte 7 Fälle mit Erfolg. Jahn gibt in seiner Dissertation „Ueber Peniskarzinom" 20 Fälle aus der Chirurgischen Klinik in Leipzig an; 16 Fälle wurden operiert, 2 starben im Anschluß an die Operation, in 3 Fällen Rezidive, 11 Dauerheilungen = 55 %; V. Bruns Statistik gibt 60 % Heilungen an; J. Bernu hat 11 erfolgreich operierte 4 Fälle, von denen 2 nach 7 bezw. 9 Monaten Rezidive in den Leistendrüsen bekamen. Cunningham hatte von 6 operierten Fällen einen an Sepsis infolge Harninfiltration verloren, die anderen 5 sind nach 1—5 jähriger Beobachtungsdauer frei von Rezidiv (Zentralblatt für Chirurgie 1915, S. 212.)

Frankenstein stellte einen älteren Herrn vor, dem wegen Karzinoms glandis der Penis amputiert wurde, geschwollene Leistendrüsen waren frei von Krebs. Nach einem Jahr noch kein Rezidiv. Barragan (Statistik über 23 operierte Krebsgeschwüre des männlichen Gliedes. Liplo Medico Nr. 2768) zieht die Schlußfolgerung, daß Amputation und Weichenausräumung gewöhnlich genügt, um Rückfälle zu verhindern. In 4 Fällen wurden 2 und mehr radikale Eingriffe nötig (darunter eine Entmannung). Ein Operierter starb nach 15 Jahren nach der zweiten Operation und Rückfall. An den Folgen der Operation starb nur einer. Ein Fall wurde 4 Jahre ohne Rückfall beobachtet (Jahresbericht über die Fortschritte der Chirurgie, S. 1154, 1906).

„Die Operation des Peniskarzinoms ist der Beweis für die Möglichkeit der Radikalheilung des Karzinoms." (Leser, spezielle Chirurgie, S. 702.) Der Penisverlust wurde von allen Patienten mit Gleichmut ertragen, Melancholie wurde von Barnay nie beobachtet.

Hat dagegen der Krebs schon das Skrotum, Hoden oder die Schambeinhaut ergriffen, so verspricht auch die gelegentlich vorgenommene von Calot angegebene Emaskula-

tion, d. h. die operative Entfernung des Penis mit den Wurzeln, der Hoden und der Leistendrüsen, keinen Erfolg mehr und die Operation unterbleibt am besten (Tillmanns, Lehrbuch der speziellen Chirurgie). Gänzlich unberechtigt ist die Emaskulation dann, wenn der Krebs die Hoden direkt oder indirekt noch nicht befallen hat. Cholzoff und Küttner meinen, daß die Emaskultation auf Sonderfälle zu beschränken ist, besonders da nach Küttners Untersuchungen Blut- und Lympfgefäße der Hoden und Hodenhüllen von denen des Penis ziemlich getrennt sind. Zoarski (Przyczynek de operacyjngo leczénia raka procia S. 136 — 147) ist überhaupt gegen die Emaskulation.

Die Amputation des Penis bei Karzinom der Eichel und der Vorhaut am hängenden Teil kann man unter künstlicher Blutleere machen, jedoch hat man in der Volkmannschen Klinik nie Gebrauch davon gemacht (Leser, spezielle Chirurgie S. 701). Nach Schmieden faßt man die Eichel mit einer Hakenzange, um mit scharfem Zirkelschnitt Haut und Fascia penis und dann die beiden Schwellkörper quer zu durchschneiden. Man löst nun die Urethra 1 cm weit distalwärts ab und schneidet sie ab. Zur Blutstillung werden einige subkutane Venen, die beiden Arteriae dorsales penis und die Vena dorsalis penis unterbunden, und man beendet sie durch die Umstechung der im Zentrum der Schwellkörper liegenden Arteriae profundae im Verein mit der Naht der Schwellkörper. Zur Schaffung einer guten Harnröhrenmündung wird deren Stumpf längs gespalten und die Ränder mit der Haut vernäht. Stets müssen die Leistendrüsen radikal ausgeräumt werden.

Föderl beginnt die Operation mit der Exstirpation der inguinalen Drüsen und des umgebenen Fettes.

Leser benutzt zur Harnröhrenbildung einen durch seitliche Längsschnitte gewonnenen oberen und unteren Lappen.

Tillmanns macht die Penisamputation mit ein- oder

zweiseitigem Zirkelschnitt bei Erhaltung einer Hautmanschette und vernäht mit dieser den Harnröhrenstumpf.

Kalliontzis beschreibt in seinem Werke „Sur un nouveau procédé operatoire de l'amputation partielle du penis" ein Verfahren, das in der Bildung eines konischen Stumpfes durch zwei schräge seitliche caverno-cutane Lappen besteht. Die Miktion soll dadurch wesentlicher erleichtert sein. Es kommt naturgemäß nur bei scharf begrenzten Krebsen der Vorhaut oder Eichel in Frage.

Mauclaire (Ablation en bloc de l'épithéliome pénien de son territoire lymphatique) macht sehr bemerkenswerte Ausführungen über die unumgängliche Notwendigkeit der Entfernung der Geschwulst, sowohl als auch des gesunden regionären Lymphgewebes unter Vermeidung der Implanation von Krebszellen in die Wunde. Er beschreibt 4 Fälle, bei denen dreimal eine totale Entfernung vorgenommen und Dauerheilung erzielt wurde. Er nimmt wie Lannander und Albertin die Leistendrüsen mitsamt dem Fett und den Penis weg (Zentralblatt f. Chirurgie 1909. S. 194).

Nicoll (The operative technic of carcinoma of penis) nennt als nacheinander vom Krebs befallen: die Lymphgefäße auf dem Rücken des Penis, die oberflächlichen, dann die tieferen Leistendrüsen; die unter dem Schambogen liegenden und Beckendrüsen werden erst später mit den corpora cavernosa zusammen ergriffen. Die Operation macht er folgendermaßen: (Zentralblatt für Chirurgie, S. 61.)

1. Y-Schnitt, dessen Arme in den Leistenbeugen liegen, dessen Bein auf dem Rücken des Gliedes ist und dessen Fuß den Penis an der zu amputierten Stelle umkreist.
2. Exstirpation des Fettes mit den Lymphdrüsen aus beiden Leistenbeugen.
3. Ausschälen der Lymphgefäße auf dem Penisrücken und Unterbindung der A. und V.-Penis.

4. Herausnahme des Fettgewebes der Leistengegend mit den Lymphgefäßen des Penisrückens en bloc.

5. Amputation des Penis, Annähen der Harnröhrenschleimhaut usw.

Bei der Operation ist zu achten, daß sie radikal genug gemacht wird, denn Cholzoff fand in einem Falle die Schwellkörperwurzeln weit hinter der sichtbaren Tumorgrenze mikroskopisch mit Krebszellen infiltriert.

Erweist sich bei ausgedehntem Karzinom die Amputation des Penis an der Wurzel als unvermeidlich, so schneidet man denselben nur halb durch und schafft sich dann vermittels einer durch das Septum gelegten Fadenschlinge einen Zügel, so daß der Penis sich nicht vor Beendigung der Operation retrahieren kann. Da nun eine derartige Amputation Naßwerden beim Harnlassen mit Exkoriationen und Ekzemen zur Folge hat, so verfährt nach Thiersch folgendermaßen: In der Mittellinie am Damm wird eine Inzision gemacht und in diese die abgelöste Urethra heruntergezogen und mit Nähten fixiert, (Leser, spezielle Chirurgie, S. 702).

Kalt stellte einen ähnlich operierten Fall mit gutem Enderfolg vor (Virchows Jahresberichte 1915, S. 342).

Janssen (Exstirpation des Penis mit Resektion des Skrotums) befürwortet bei Schonung der Hoden ausgiebige Resektion der Skrotalhaut, was für gute Miktion von Vorteil ist (Jahresbericht über die Fortschritte der Chirurgie 1906, S. 1154).

Hat das Karzinom auch die Schwellkörper befallen, so ist die Totalexstirpation des ganzen Penis angebracht. Zirkelschnitt um die Peniswurzel und Spaltung des Skrotums in der Raphe legt das Operationsfeld frei, so daß man die Schwellkörper von den Schambeinästen lösen kann. Die geschonte Harnröhre wird dann am Damm eingenäht.

Im folgenden Teil der Arbeit werden nun 31 Fälle

von Peniskarzinom besprochen werden, die in der Chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin in den Jahren 1904 — 1919 operiert wurden.

Die Krankengeschichten sind der Uebersicht halber zeitlich geordnet. Leider mußte eine ganze Anzahl nur mehr aus kurzen Aufzeichnungen zusammengestellt werden, jedoch sind auch diese Bruchstücke des statistischen Intersesses wegen mit aufgenommen.

Hermann K., 57 Jahre, aufgenommen 8. 5. 03.

Diagnose: Geschwulst des Penis.

Verlauf: 8. 5. 03. Operation: In Aethernarkose Amputatio penis, Dauer 50 Minuten.

2. Leopold Z., 60 Jahre, aufgenommen 15. 1. 1904.

Diagnose: Carcinoma penis.

Vferlauf: 15. 1. Operation in Aethernarkose: Amputatio penis, Dauer 45 Minuten.

3. Theodor L., 78 Jahre, aufgenommen 18. 1. 1904.

Diagnose: Carcinoma penis.

Verlauf: 18. 1. Operation: Amputatio penis Aethernarkose, Dauer 30 Minuten.

4. Wilhelm K., 74 Jahre, aufgenommen 8. 3. 1905.

Diagnose: Carcinoma penis.

Verlauf: 8 3. 1905 Operation: Amputatio penis und Drüsenausräumung in Chloroformnarkose, Dauer 60 Minuten.

5. Rudolf R., 44 Jahre, aufgenommen 12. 4. 1905.

Diagnose: Carcinoma penis.

Verlauf: 12. 4. Operation: In Aether-Chloroform-Mischnarkose Amputatio penis und außerdem Drüsenausräumung, Dauer 50 Minuten.

6. Max Bl., 40 Jahre, aufgenommen 31. 8. 1908.

Diagnose: Carcinoma penis.

Verlauf: 31. 8. Operation: Amputatio des Penis und Ausräumung beider Leistendrüsen.

7. August R., 54 Jahre, aufgenommen 5. 10. 1908.

Diagnose: Pensiskarzinom.

Verlauf: 5. 10. Amputatio penis und Drüsenexstirpation in Chloroform-Aether-Mischnarkose, Dauer 1 Stunde.

8. Eduard M., 65 Jahre, aufgenommen 17. 11. 1908.

Diagnose: Peniskarzinom.

Verlauf: 17. 11. 1908 Operation: Penisamputation.

9. Reinhold Tsch., 55 Jahre, aufgenommen 22. 11. 09.

Diagnose: Cancroid des Penis.

Verlauf: 22. 11. Operation: Amputatio penis und Drüsenausräumung.

10. August R., 65 Jahre, aufgenommen 7. 7. 1911.

Diagnose: Carcinoma penis.

Verlauf: 7. 7. Operation: Drüsenexstirpation und Amputation des Penis in Lokalanaesthesie.

11. August B., 52 Jahre, aufgenommen 18. 9. 1911.

Diagnose: Peniscarcinom, inoperabel.

Verlauf: 18. 9. Operation: Urethrotomia externa in Lokalanästhesie.

12. Friedrich M., 64 Jahre, aufgenommen 22. 3. 1912.

Diagnose: Carcinoma penis.

Verlauf: 25. 3. Operation: Ausräumung der Leistendrüsen beiderseits und Amputation des Penis.

Johann R., Arbeiter, 50 Jahre, aufgenommen 28. 6. 12.

Diagnose: Carcinoma oder Lues penis.

Vorgeschichte: Angeborene Hypospadie, 1885 Lues, Behandlung eine Spritzkur. Seit einem Zeitraum von 1½ Jahren hat sich am Penis aus einem Pickel eine harte Geschwulst entwickelt.

Befund: stark abgemagerter Patient; an der Penisspitze oben

eine sehr harte etwas zerklüftete Geschwulst in der Größe einer Haselnuß. Dorsales Lymphgefäß nicht geschwollen. In beiden Leistendrüsen bohnengroße Drüsen. Die übrigen Drüsen mit Ausnahme einiger bohnengroßer Achseldrüsen ohne Befund. Rektal fühlt man im kleinen Becken einige Drüsen.

Verlauf: Jodkali 3 mal täglich 1,0 g.

1. 7. Jodschnupfen, daher Jodnatrium, das vertragen wird.

6. 7. Wassermann stark positiv. Der Tumor scheint etwas weicher geworden zu sein.

10. 7. Da die Frau des Patienten eine Operation nicht zulassen will und auch der Patient sich weigert, Entlassung als ungeheilt.

14. Johannes W., Bürobeamter, 48 Jahre, aufgenommen 4. 7. 12.

Diagnose: Papilläres Carcinom der Glans Penis.

Vorgeschichte: Von Jugend an vollständige Phimose; vor 1½ Jahren eine kleine Warze an der Vorhaut. Damals wurde die Phimose operiert und die Warze weggeschnitten. Im letzten Jahre haben sich dann rechts und links wiederum zwei Warzen langsam entwickelt, die linke wurde vor 8 Tagen in der hiesigen Poliklinik entfernt.

Befund: Operierte Phimose, links vom Orificium eine kleine Operationsnarbe, rechts eine haselnußgroße Geschwulst, an der Umschlagstelle der Vorhaut eine erbsengroße Warze und frische Excisionswunde. Ernährungszustand gut.

Verlauf: 5. 7. Abtragung der Warzen in Lokalanästhesie. Normaler Wundverlauf.

Der mikroskopische Befund ergibt ein Papillom, jedoch kann es sich auch um ein papilläres Carcinom handeln.

15. August D., Stadtreisender, 75 Jahre alt, aufgenommen 13. 1. 1913.

Diagnose: Peniskarzinom.

Vorgeschichte: Seit frühester Jugend Phimose, mit 28 Jahren Tripper. Mitte Juli 1912 vorn am Gliede eine kleine Verdickung, die im August geschwürig wurde. Seit Ende September an derselben Stelle ein blumenkohlartiges Gewächs.

Befund: Ernährungszustand leidlich. Präputium eng, an der linken Seite ein fast Dreimarkstück großer, geschwüriger Hautdefekt mit zerfressenem Rande und zerklüftetem Grunde. Leistendrüsen beiderseits erbsengroß.

Verlauf: 15. 1. Operation in Lokalanästhesie mit Abschnürung. Ringschnitt um den Penis nahe der Wurzel, Durchtrennung eines Corpus cavernosum; Fassen des Septums mit Naht. Völlige Amputation. Unterbindung der Gefäße und Zusammenziehen der Corpora cavernosa durch kräftige Nähte. Vernähung der Harnröhrenschleimhaut mit der äußeren Haut. — Längsschnitt in beiden Leistenbeugen: beiderseits Entfernung mehrerer erbsengroßer bis bohnengroßer Drüsen. Schluß mit Klammern.

20. 1. Pat. steht seit 3 Tagen auf. Das Skrotum wird im Suspensorium getragen. Die Peniswunde sieht gut aus, ist immer mit einem Salbenlappen bedeckt, der jedesmal beim Urinlassen erneuert wird.

23. 1. Klammern aus den gut verheilten Inguinalwunden entfernt. Peniswunde heilt gut. Nähte zum Teil entfernt. Patient täglich außer Bett. 25. 1. Patient als geheilt entlassen.

16. Christian Sch., Abdecker, 65 Jahre alt, aufgenommen 14. 7. 13.

Diagnose: Drüsenrezidiv nach Peniskarzinom.

Vorgeschichte: Patient ist im September 1911 wegen Peniskarzinoms in der hiesigen Klinik operiert. Damals wurden in zwei Sitzungen erst die beiderseitigen Inguinaldrüsen ausgeräumt, dann der Penis amputiert. Patient wurde geheilt entlassen. Bis Juni 1913 war er gesund. Seitdem bemerkte er eine Mattigkeit am ganzen Körper, jede Arbeit strengte ihn übermäßig an. Vielfach traten auch Schmerzen in der linken Leistengegend auf, die jetzt zurückgegangen sind. Seit Ende Juni bemerkte Pat. eine Anschwellung in der linken Leistenbeuge mit geringen Schmerzen und Schwäche des linken Beines.

Befund: Ernährungszustand gut. Penis ist amputiert. In den Leistenbeugen zwei etwa 15 cm lange Narben. In der linken Leistenbeuge sind mehrere bis wallnußgroße harte Drüsen zu fühlen.

Verlauf: 16. 7. Operation: In Narkose Schnitt in der alten

Narbe. Es werden eine Anzahl bis walnußgroße harte, als karzinomatös erkannte Lymphdrüsen mit dem umgebenden Bindegewebe entfernt, soweit das möglich ist. Ein großer Teil des Musculus Pectineus wird exstirpiert. Der linke Hoden ist hart und wird deshalb mit Nebenboden und Samenstrang entfernt. Einlegen eines Drains. Schluß der Wunde wie üblich. Steriler Verband.

18. 7. Temperaturen und Puls regelrecht. Verbandwechsel. Die Wunde hat stark durch das Drain sezerniert, sieht aber sonst gut aus, Erneuerung des Drains.

20. 7. Durch die Oeffnung für das Drain, das ausgestoßen ist, wird reichlich eitrig-blutige, stinkende Flüssigkeit entleert. Am anderen Wundende Herausnehmen der Naht, Eröffnung der Wunde, Durchspritzen derselben mit Wasserstoffsuperoxyd. Einlegen von Drains. Steriler Verband.

24. 7. Täglich Verbandwechsel wie am 20. 7. Wunde sezerniert noch reichlich. Herausnehmen der Nähte bis auf eine.

29. 7. Sekretion sehr reichlich. Täglich Verbandwechsel; Pat. steht auf.

31. 7. Keine Schmerzen beim Gehen, Sekretion hat etwas nachgelassen, Wunde sieht gut aus.

1. 8. Vom Wundrand nach dem linken Oberschenkel hin ausstrahlend eine Hautrötung (Erysipelverdacht!) Temp. 37,0. Abgrenzung der Rötung durch Jodstrich. Alkoholverband mit wasserdichtem durchlöchertem Stoff.

2. 8. Kein Fieber. Am Skrotum, dem linken Oberschenkel und Unterbauchgegend flammende Röte: Erysipel. Salbenverband. Die Sekretion der Wunde hat erheblich nachgelassen.

6. 8. Die vom Erysipel befallen gewesenen Stellen sind braun geworden, Haut schilfert ab. Die Wunde sezerniert nicht mehr. Drain liegt noch.

7. 8. Drain entfernt.

8. 8. Die laterale Drainöffnung schließt sich schnell. Aus dem queren medialen Drainloch entleeren sich auf Druck wenige Tropfen

klarer, goldgelber Flüssigkeit. Umgebung der Wunde noch leicht gereizt. Salbenverband.

9. 8. Als gebessert auf Wunsch entlassen.

17. Hermann K., Barbier, 45 Jahre alt, aufgenommen 27. 11. 13.

Diagnose: Carcinoma glandis penis und carcinomatöse inguinale Drüsen.

Vorgeschichte: 1905 Tripper. Vor etwa 4 Monaten bildete sich auf der Glans eine Erosion, die allmählich zunahm und bis heute nicht fortgegangen ist. Fast zu gleicher Zeit bildete sich auf der rechten Seite eine Anschwellung der Leistendrüsen, die langsam zunahm. Patient behandelte die Stelle mit Seifenumschlägen. Seit 4 bis 6 Wochen ist die rechte Leiste offen, es entleert sich gelbes Wasser und Blut, manchmal sieht es etwas eitrig aus. Geringe Anschwellung bestand schon immer. Wassermann und Pirquet negativ, Rektoskopie ohne Befund. Patient will in letzter Zeit 10 Pfund abgenommen haben.

Befund: Ernährungszustand mäßig. In beiden Leistengegenden sind die Drüsen stark angeschwollen, fühlen sich hart an, sind wenig druckempfindlich, die Haut ist blaurot verfärbt; es besteht eine Fistel, aus der serösblutige Flüssigkeit quillt. Weiter scheint sich die Anschwellung ins kleine Becken fortzusetzen. Rektal nihil. Achsel- und Halsdrüsen sind geschwollen. Auf der Glans eine größere und einige kleinere Erosionen. Die Urethralmündung sieht gerötet aus.

Verlauf: Einpudern der Glans mit Dermatol; mehrere Tage feuchte Verbände.

3. 12. Operation: In Lokalanästhesie werden links die Drüsen entfernt. Unterbindung der Vena Saphena. Durch den Annulus femoralis sind noch viele vergrößerte Drüsen zu palpieren. Rechts wird der Abszeß gespalten, der sich aus erweichten Drüsen gebildet hatte. Einlegen von Drains, Heftpflasterverband. Mikroskopisch (Gefrierschnitt der exstirpierten Drüsen): Carcinom, zahlreiche Infiltrationen epithelialer Zellen zwischen der Drüsensubstanz, Hornperlen.

4. 12. Temperaturerhöhung, Schmerzen.

9. 12. Verbandwechsel.

11. 12. Fäden entfernt; rechts nur leichte Tamponade. Links zeigte sich in der Nähe der Operationswunde eine neuangeschwollene Drüse. Wunde sieht gut aus; Allgemeinbefinden gut.

22. 12. Trotzdem die Wunde noch sezerniert und tamponiert wird, will Patient über die Weihnachtstage entlassen werden.

29. 12. Pat. kommt wieder, vom Hausarzt hereingeschickt. Temperatur erhöht; entzündliche Affektion des Penis, der Glans namentlich.

5. 1. 14. Täglich Verbandwechsel. Links feuchter Verband. Die abscedierenden Drüsen sinken in sich zusammen. Drain entfernt. Rechts ist die Wunde des gespaltenen Abszesses rein, keine Tamponade mehr. Aus der Tiefe oft heftige Blutung.

6. 1. Links keine Eiterung mehr. Wunde granuliert. Es stoßen sich kleine Gewebsfetzen ab. Rechts mehrere harte, druckempfindliche, bläulich verfärbte Drüsen, nicht verschieblich, von der Größe einer Walnuß.

18. Otto Sch., Möbelpolierer, 36 Jahre alt, aufgenommen 17. 6. 14.

Diagnose: Peniscancroid.

Vorgeschichte: 1904 Tripper. Anfangs Oktober 1913 Brennen vorn in der Harnröhre beim Urinlassen: gelb eitriger Ausfluß. Zuerst eine Zeit lang ärztlich, dann 15 Wochen selbst behandelt mit kalten Umschlägen und Gonosankapseln. Anfangs Mai brach an der Eichel eine Geschwulst durch, es entleerte sich schokoladenbrauner, zähflüssiger Inhalt. Er machte sich Umschläge mit essigsaurer Tonerde und Karbolwassereinspritzungen in den Vorhautsack. Darauf wieder ärztliche Behandlung mit Hg-Spritzen.

Befund: Penis derb ödematös geschwollen. Aus dem geschlossenen Vorhautsack ragt ein Papillom hervor. Auf Druck entleert sich eitriges Sekret. Perforationsöffnung im äußeren Vorhautblatt. Cubital- und Leistendrüsen geschwollen.

Verlauf: 23. 6 allmählich vergrößert sich die Perforationsöffnung, und aus ihr wölbt sich eine papillomatöse Wucherung hervor bei Entleerung von gelbem Sekret. In der linken Leistenbeuge ein hühnereigroßes Drüsenpaket.

25. 6. Penis dick, Vorhaut angeschwollen und gespalten. Auf der Glans gelbspeckige Beläge; die Glans selbst ist ulzeriert. Rechts vorne an der Vorhaut 2 Knötchen. Links und rechts geschwollene Leistendrüsen sind hart.

27. 6. Operation in Mischnarkose: Amputatio Penis, beiderseitige Ausräumung der Leistendrüsen. Links sind die Drüsen zerfallen wie trockener Griesbrei, rechts nur teilweise.

3. 7. Erhöhte Temperaturen, leichte Reizung der Narben durch Urin.

10. 7. Nähte der Leistennarben entfernt. Hauptsächlich links Sekretion, stellenweise Nekrose der Narbenränder. Temp. normal. Täglich Bad, feuchte Verbände.

13. 7. Entfernung der Harnröhrennähte, reizlose Narbe, geräumige Oeffnung. Leistennarben bessern sich zusehends; Perubalsamverband. Oedem des Hodensacks, Suspensorium.

18. 7. Narben sind in den letzten 3 Tagen mit Höhensonne bestrahlt worden. Patient wird als gebessert entlassen.

19. Wilhelm B., Bahnhilfswärter a. D., 70 Jahre, aufgenommen 20. 7. 1914.

Diagnose: Peniscarcinom.

Vorgeschichte: Im Januar 1914 hat sich Patient den Penis durchgescheuert. Er vernachlässigte zunächst die Wunde und tat nur hie und da Salbe darauf. Es bildete sich allmählich ein Geschwür an der Eichel. Vor 5 Wochen ging er zum erstenmal zum Arzt, der ihn gleich ins Krankenhaus schicken wollte. Jetzt erst hat er sich auf Drängen seiner Verwandten dazu entschlossen.

Befund: Penis dunkelrot verfärbt und angeschwollen. Am stärksten ist die Schwellung im Gebiet der Eichel. Diese ist von der verschwollenen, nicht zurückziehbaren Vorhaut bedeckt. Sie hat vorne zur Entleerung des Urins 2 Oeffnungen, eine rundliche und eine längliche spaltförmige mit an der Innenseite ulzerierten Rändern. Aus dieser sickert beständig eine gelblichbraune ekelhaft stinkende Flüssigkeit. Rechts vergrößerte Leistendrüsen.

Verlauf: 20. 7. Durch feuchte Verbände Vorbereitung zur Operation.

24. 7. Operation in Lokalanästhesie: Typische Penisamputation. Wegen des hohen Alters wurde von einer Exstirpation der Leistendrüsen Abstand genommen und dies auf später verschoben.

26. 7. Normaler Heilungsverlauf. Operationswunde ohne Reaktion.

28. 7. Jodexanthem des Skrotums. Salben-Suspensorium, Verband.

29. 7. Warmes Bad, Salbenverband erneuert.

3. 8. Entfernung der Nähte, trockener Verband.

6. 8. Wundränder sehen gut aus, sind gut verheilt.

10. 8. Patient verläßt auf Wunsch gebessert die Klinik.

20. Alois H., Sattler, 49 Jahre alt, aufgenommen 29. 7. 1914.

Diagnose: Peniscarcinom.

Vorgeschichte: 1889 Tripper, behandelt und ausgeheilt. Dezember 1913 wunde Stelle am Penis. Seit Januar 1914 in ärztlicher Behandlung (Jodoform, Zinkpaste) ohne Erfolg. Im Mai 1914 Schmierkur, die Patient wegen auftretender Beschwerden oft unterbrechen mußte. Juni/Juli 1914 intramusculäre Salvarsaninjektionen. In der letzten Zeit bedeutende Gewichtsabnahme.

Befund: Ernährungszustand gut. Die ödematös geschwollene, hart anzufühlende Vorhaut läßt sich nur wenig reponieren. Aus dem Vorhautsack tritt auf Druck etwas gelblichgraue Detritusmasse hervor. Die rechte Seite der Vorhaut ist ulzerös zerstört; Ränder und Grund der zum Teil schmierig belegten Ulzeration sind hart. Von dem trichterförmigen Einmarkstück großen Defekt gelangt man in eine etwa 3—4 cm tiefe weit zwischen die Vorhautblätter sich erstreckende Tasche, die mit Wucherungen von derber Beschaffenheit ausgefüllt ist. Dorsales Lymphgefäß schwach stricknadeldick. Inguinaldrüsen links bis bohnengroß, rechts nicht geschwollen. Keine manifesten Erscheinungen von Lues. Eine Probeexcision bestätigt die Diagnose Karzinom.

Verlauf: 30. 7. Operation in Lokalanästhesie: Desinfektion

des Operationsfeldes mit Alkohol und Tinctura jodi. Unter Blutleere wurde ein zirkulärer Hautschnitt gemacht. Ligatur der sämtlichen oberflächlichen Gefäße und Durchschneiden derselben. Jetzt wurden die Corpora cavernosa und die Urethra durchschnitten. Blutstillung und Naht der Corp. cavern.; durch einige Seidennähte wird die äußere Mündung des Harnrohres an die Haut und Corpora cavernosa-Stumpf befestigt. Hautnaht; Verband.

Erich Sch., Zollaufseher, 70 Jahre alt, aufgenommen 25. 9. 1914.

Diagnose: Carcinoma penis.

Vorgeschichte: 1864 Gonorrhoe, die unter eigener Behandlung in 4 Wochen ausheilte. Ende April 1914 erschien an der Eichel unter der Vorhaut eine etwa erbsengroße Geschwulst. Einige Wochen später erschien eine zweite ebenso große Geschwulst. Patient konnte die Geschwülste nicht sehen, sondern nur fühlen, da er schon immer an einer Phimose litt. Schließlich ging Pat. zur hiesigen Hautklinik, wo das Präputium gewaltsam zurückgezogen wurde. Es schwoll hinterher stark an, so daß es nicht über die Glans zurückgezogen werden konnte.

Verlauf: 25. 9. Zur Linderung der brennenden Schmerzen Umschläge mit essigsaurer Tonerde.

28. 9. Operation in Aethernarkose: Jodtinktur-Desinfektion. Zunächst Ausräumung der beiderseitigen Inguinaldrüsen von beiderseitigen Inguinalschnitten aus. Es werden nur kleine Drüsen gefunden. Vernähung der Hautwunde nach Verkleinerung der weiten Bruchpforte. Umschnürung des Penis an seiner Wurzel mit einem dünnen Schlauch. Umschneidung der Haut. Nachdem sie etwas zurückgezogen, Durchschneidung der Tunica propria der beiden Schwellkörper und dieser selbst. Der Schwellkörper der Urethra und diese selbst werden etwas weiter vorne durchtrennt. Umstechung der Dorsalarterie. Weitere Unterbindung nach Lockerung der Blutleere. Blutung gering. Vereinigung der Tunica propria der dorsalen Schwellkörper in querer Richtung miteinander. Vernähung der Haut, die im unteren Winkel mit der Harnröhre — diese umgreifend — vereinigt wird. Trockenverband.

Nachmittags plötzlich starke arterielle Blutung. Zwei spritzende Arterien werden unterbunden; der ganze Penis ist ödematös geschwollen.

29. 9. Es wird ein Dauerkatheter nach Mercier eingelegt.

1. 10. 2 mal täglich Blasenspülung mit Borwasser.

4. 10. Scrotum und Penis noch immer stark geschwollen und phlegmonös aussehend. Die Blasenspülungen werden fortgesetzt.

5. 10. Der Dauerkatheter wird entfernt. Patient kann ohne diesen urinieren.

10. 10. Hodensack und Penisstumpf noch etwas geschwollen. Patient wird also geheilt auf Wunsch entlassen.

22. Walter M., Redakteur, 61 Jahre alt, aufgenommen 18. 12. 1915.

Diagnose: Carcinoma penis.

Vorgeschichte: Vor etwa einer Woche bemerkte Patient einen kleinen harten Knoten am Penis; keine Schmerzen.

Befund: Höckerige, harte Geschwulst am Sulcus glandis.

Verlauf: 18. 12. Operation in Lokalanästhesie: Typische Amputation des Penis. Vernähung der gespaltenen Harnröhre mit der äußeren Haut mit Catgut-Knopfnähten.

19. 12. Guter Verlauf; gute Urinentleerung. Keine wesentliche Nachblutung und Schwellung. Auf Wunsch gebessert entlassen.

23. Julius N., Hausdiener, 47 Jahre alt, aufgenommen 19. 6. 1916.

Diagnose: Peniskarzinom.

Vorgeschichte: Patient hatte von Geburt an Vorhautverengung. Vor 10 Jahren hatte Patient bemerkt, daß sich an der Eichel eine erbsengroße Wucherung gebildet hatte. Der Arzt operierte die Vorhautverengung, an der Wucherung geschah nichts. Diese wurde nun allmählich größer. Nach 1 Jahr ging Pat. wieder zu einem Arzt, der die Wucherung entfernte. Das wurde mehrere Male vorgenommen, zuletzt vor 3 Jahren. Seither nicht in Behandlung. Seit Pfingsten Drüsenschwellung in der rechten Leistenbeuge.

Befund: Der Penis ist bis an seine Wurzel geschwunden. Hier höckerige Tumormassen, die sich in Form eines Hautkarzinoms

als reichlich handtellergroße Geschwulst auf die Gegend der behaarten Scham erstreckt. Das Skrotum ist ebenfalls vom Karzinom ergriffen. Beiderseits krebsige Leistendrüsen.

Verlauf: 19. 6. Operation in Aethernarkose: Excision des carzinomatösen Hautbezirkes, Spaltung des Skrotums. Da beide Hoden frei sind, werden sie in eine subkutane Tasche jeder unter die Bauchhaut verlagert. Die carcinomatöse Infiltration reicht am Penisschaft bis in die Pars prostatica. Bis dahin Freilegung im Gesunden und quere Abtragung. Einnähen des Harnröhrenstumpfes nach Blutstillung in den Damm. Die übrigbleibenden Skrotallappen werden in der Mittellinie durch Naht vereinigt und bilden einen leeren Hautbürzel. Die Hautwunde der Schambeingegend läßt sich unter einiger Spannung gleichfalls vereinigen.

21. 6. Heilung schreitet gut fort. Patient läßt am Damm ohne Störung Urin.

23. 6. Weitere Besserung. Pat. ist außer Bett, läßt schon spontan Urin. Vor der Schambeinsymphyse eine etwa Dreimarkstück große Granulationsfläche. Die übrigen Wunden sind primär verheilt.

24. 6. Operation in Aethernarkose: Excision des Granulationsbezirkes über dem Schambein. Schrägschnitt längs des Leistenkanals. Ueber den Schenkelgefäßen Längsschnitt von etwa 10 cm. Durch diesen T-förmigen Schnitt wird die ganze Leistenbeuge freigelegt. Der Hoden wird aus seiner Tasche hervorgeholt, durch den erweiterten Leistenkanal zwischen Bauchfell und Bauchwand geschoben und durch Naht des Leistenkanals in dieser Lage gehalten. Sodann ausgiebige Ausräumung der Leistenbeugen, Unterbindung der Vena Saphena. Gummirohr, Hautnaht. Gleiche Operation auf der anderen Seite. Naht in der Mittellinie.

26. 6. Entlassung mit einigen granulierenden Defekten am Oberschenkel.

24. Wilhelm L., Schiffer, 52 Jahre alt, aufgenommen 18. 2. 1917.

Diagnose: Carcinoma penis.

Vorgeschichte: Infectio venerea negatur. Im Mai vorigen

Jahres bekam Patient Blasen am Penis, die zerfielen und weiter fraßen. Er wurde behandelt mit essigsaurer Tonerde, Bleiwasser, Einpudern von Calomel, mit Salben und Jodkali(?). Angeblich keine Vorhautverengung.

Befund: Mäßige Kachexie. Schweres ulzeröses Karzinom. Der Penis ist bis an die Wurzel durch eine ulzerierte, höckerige, harte Geschwulst eingenommen. Durch die Ulzeration ist ein großer Teil des Penis vorne fortgefallen. Die Geschwulst setzt sich in scharfem, wallartig erhabenem Rand gegen die übrige Haut ab und reicht zumal an der Unterseite bis an das Skrotum. Leistendrüsen beiderseits hart geschwollen.

Verlauf: 21. 2. Operation: In Narkose Freilegung der rechtsseitigen Inguinaldrüsen, die zum Teil hart sind. Sie werden ausgeräumt; darauf Umschneidung des Penis an der Basis und Verlängerung des Schnittes an der Raphe am Skrotalansatz. Im Gesunden quere Abtragung des Penis. Die Corpora cavernosa werden miteinander vernäht und die isolierte Harnröhre in die Hautwunde eingenäht, die bis auf ein dünnes Rohr geschlossen wird. Darauf ebenfalls Ausräumung der linksseitigen Leistendrüsen.

25. 2. Verbandwechsel. Jauchige Sekretion aus der Skrotalwunde desgleichen aus den seitlichen Inguinalschnitten. Hier werden Rohre eingelegt.

6. 3. Die Scrotalwunde reinigt sich, ebenso die Inguinalschnittwunde. Urin wird gut entleert; täglich Verbandwechsel, tgl. Bad.

9. 3. Plötzlicher Temperaturanstieg, es zeigt sich ein mäßiges Erysipel an der Wunde am Penis.

11. 3. Temperaturabfall, Wunden sehen gut aus.

13. 3. Wiederum Temperaturanstieg.

15. 3. Entfiebert.

20. 3. Erneuter Temperaturanstieg, das Erysipel ist wieder aufgetreten.

23. 3. Patient ist entfiebert und befindet sich wohl.

27. 3. Patient befindet sich wohl und wird auf Wunsch entlassen.

25. Franz W., Werkhelfer, 64 Jahre alt, aufgenommen 2. 4. 1917.

Diagnose: Peniskarzinom.

Vorgeschichte: Vor 10 Jahren anläßlich eines Unfalls Stoß gegen die Geschlechtsteile. Die Harnröhre schwoll an; nach einiger Zeit ist sie zwar wieder abgeschwollen, aber es ist ein kleines Bläschen übriggeblieben, das später zerfallen ist. Es besteht noch jetzt ein kleines Geschwür. Patient behandelte es mit Salben, doch ist es bisher nicht besser geworden.

Befund: Im Sulcus coronarius glandis ein Zehnpfennigstück großes Ulcus mit hartem wallartig erhabenem Rande; ihm gegenüber ist das Präputium ekzematös gereizt, beiderseitige Inguinaldrüsen geschwollen.

Verlauf: Operation: In Narkose typische Amputation des Penis etwa 2 cm oberhalb des Ulcus nach Umschnürung mit Gummischlauch. Die Harnröhre wird mit der äußeren Haut vernäht. Darauf beiderseits von einem Längsschnitt aus Ausräumung der Inguinaldrüsen.

17. 4. Entfernung der Fäden. 1 cm lange Stelle an der linken Inguinalseite nicht per primam geheilt. Zweitägiger Mastisolverband.

21. 4. Gebessert entlassen.

26. Otto St., Waschmeister, 46 Jahre alt, aufgenommen 18. 4. 17.

Diagnose: Peniskarzinom.

Vorgeschichte: Patient hatte seit Kindheit Phimose. Seit ungefähr Weihnachten ist das Glied ständig geschwollen und gerötet. Pat. führt die „entzündliche Phimose" auf mechanische Reize zurück: er hat sich in seinem Beruf mit ziemlich großer Kraft an eine Waschmaschine anpressen müssen.

Befund: Das Präputium ist nicht millimeterweit zurückzuziehen, Penis und Präputium sind ungefähr auf das Doppelte der Normalen angeschwollen. Der hervorstehende Teil der Glans ist geschwürig verändert und zeigt grau-schwärzliches Aussehen. Starker Foetor. Die Inguinaldrüsen sind nicht geschwollen.

Verlauf: 16. 4. Im Aetherrausch wird Dorsalincision gemacht: es zeigt sich ein gangränöses Karzinom des Penis.

18. 4. Wunde schwarz-schmierig belegt, Penis bis zur Basis gerötet und geschwollen.

20. 4. Während die Rötung der Penisbasis etwas abgenommen hat, sind die Wundränder der dorsalen Phimosenspaltung stark aufgeworfen, grauschwarz belegt. Die Glans penis ist in eine grauschwarze höckerige Masse verwandelt. Erheblicher Foetor.

2. 5. Operation: In Narkose beiderseits von Längsschnitten aus Ausräumung der inguinalen Lymphdrüsen unter Schonung der Vena Saphena, Naht der Wunde. Darauf nach Abschnürung des Penis an der Basis typische Amputation mit Zirkelschnitt durch die Haut und etwas höher durch die Corpora cavernosa, während der Stumpf der Urethra etwas länger gelassen wird. Nach Fassen der Gefäße Vernähung der Corpora cavernosa unter sich, Einnähen der Harnröhre in den unteren Winkel der Hautnaht.

10. 5. Erster Verband, Nähte entfernt. Heilung per primam.

14. 5. Patient kann aufstehen; Schmerzen bestehen nicht. Urinentleerung gut und ohne Beschwerden.

18. 5. Entlassung zur poliklinischen Behandlung.

Ernst Sch., Pensionär, 70 Jahre alt, aufgenommen 15. 8. 1917.

Diagnose: Peniskarzinom.

Vorgeschichte: Seit angeblich 12 Wochen bemerkte Patient am Penis ein Geschwür, das zusehends wuchs. Pat. machte zuerst kühlende Umschläge, dann gebrauchte er Vaselinsalbe und zuletzt Kamillenteebäder, die jedoch das Wachsen des Geschwürs nicht verhindern konnten. Einen Arzt hatte Pat. bis zu seiner Aufnahme in die Klinik nicht konsultiert.

Befund: Großer ulzerierter, zerklüfteter Tumor (Blumenkohlform). Beiderseits nicht besonders vergrößerte Inguinaldrüsen.

Verlauf: 20. 8. Operation: In Lokalanästhesie beiderseits Ausräumung der Inguinaldrüsen, darauf typische Amputatio pensis an der Basis.

25. 8. Unterhalb des Lig. Pouparti an der Stelle der Drüsenexstirpation ist Gangrän eingetreten. Die rechte Wunde klafft 8 cm, die linke 6 cm.

11. 9. Temperaturanstieg, Pneumoniegefahr; Patient erhält feuchte Umschläge um den Leib und Digipuratum.

Andauernd hohes Fieber. Pat. wird von einer Bronchitis befallen.

16. 9. Pat. kommt trotz Analeptica unter Symptomen des allgemeinen Kräfteverfalls ad exitum.

Sektionsbericht: Todesursache: Peniscarcinom. Operationsdefekt des Penis wegen Ca. Leistendrüsen beiderseits mit jauchiger eitriger Entzündung des Wundbettes. Arteriosclerose mit Atheromatose. Schwere Bronchitis besonders rechts mit Hypostasen nach Oedem der gleichen Lunge. Starke Fettinfiltration der Leber. Urocystitis mit beginnender aufsteigender Pyelitis.

Johann St., Arbeiter, 74 Jahre alt, aufgenommen 22. 7. 1918.

Diagnose: Peniskarzinom.

Vorgeschichte: Venerische Infektion negatur. Seit etwa 6 Wochen bemerkte Patient, daß der Urin tropfenweise von Zeit zu Zeit ohne Drang abfloß, auch verspürte er Stiche in der Glans. Seit 4 Wochen schwoll der Penis an, so daß Pat. das Präputium nicht mehr zurückziehen konnte. Vor etwa 8 Tagen ging Pat. zu einem Arzt, der ihn einem Krankenhause zwecks radikaler Behandlung zuwies.

Befund: Ernährungszustand genügend. Der Penis ist an der Glans geschwollen, das Präputium wird durch die Schwellung so gespannt, daß es nicht gelingt, es zurückzuziehen. Die Geschwulst ist von verhärteter Konsistenz. Die Leistendrüsen sind nicht erheblich verändert.

Verlauf: 26. 7. Operation: In Lokalanästhesie Anlegen der künstlichen Blutleere, Bogenschnitt am Dorsum penis im hinteren Drittel, Abpräparieren der Haut, hierauf Amputation ds Penis. Nunmehr werden mit Catgutnähten die Corpora cavernosa vernäht, daraufhin die Urethra mit feinsten Seidennähten an die äußere Haut genäht, diese selbst seitlich vernäht.

27. 7. Patient läßt spontan und ohne Beschwerden Urin.

2. 8. Nähte entfernt. Wunde bis auf geringe sezernierende Stichkanälchen per primam verheilt.

5. 8. Nur noch geringe Sekretion aus den Stichkanälchen. Wegen des vorgerückten Alters des Pat. und der sehr geringen Drüsenveränderung wird von einer Exstirpation derselben abgesehen und Patient als geheilt entlassen.

29. Friedrich T., Pensionär, 72 Jahre, aufgenommen 24. 7. 1918.

Diagnose: Carcinoma penis.

Vorgeschichte: Vor etwa 40 Jahren Gonorrhoe und Lues. Seit etwa 2 Jahren bemerkte Pat. eine kleine Verdickung am Penis, (und zwar an der Glans) die hart war und bis zur Bohnengröße heranwuchs. Februar dieses Jahres ging er zum Arzt, der ihn mit Salben und Pulvern behandelte, wonach die Geschwulst aufging und sich hieraus ein Geschwür entwickelte, das bald stark heranwuchs.

Befund: Die Glans penis ist zu einer blumenkohlartigen Geschwulst verändert. Dieselbe ist stark zerklüftet und vereitert. In der linken Leistenbeuge geringe Drüsenverhärtung.

Verlauf: 27. 7. Operation: In Lokalanästhesie Abschnürung, Bogenschnitt am Dorsum penis etwa 2 cm von der Peniswurzel, Abpräparieren der Haut, Circumcision, Vernähung der Corpora cavernosa und des Septums Annähen der neuen Harnröhrenmündung an der äußeren Haut, Hautnaht.

3. 8. Nähte entfernt, Wunde per priman geheilt. Die Drüsen in der Leistenbeuge sind nicht zurückgegangen. Feuchte Verbände.

9. 8. Die Leistendrüsen sind noch etwas verhärtet, Patient will sich jedoch wegen seines hohen Alters einer neuen Operation nicht unterziehen; daher Entlassung.

30. Otto P., 66 Jahre alt, aufgenommen 5. 9. 1918.

Diagnose: Peniscarcinom.

Verlauf: 14. 9. Operation: Amputatio penis.

31. Rudolf H., Bierbrauer, 56 Jahre alt, aufgenommen 2. 1. 1919.

Diagnose: Peniscarcinom.

Vorgeschichte: Patient hatte vor 4 Jahren Zucker. Gleich nachdem die Zuckerkrankheit ausgeheilt war, beobachtete Pat. eine kleine Geschwulst an der Eichel, die schmerzte. Ein Spezialarzt machte

eine Incision. Die Wunde eiterte stark und vergrößerte sich. Blutuntersuchung nach Angabe des Pat. 3 mal negativ. Geschwulst wurde größer. Bestrahlungen besserten nichts. Auch die Hoden begannen zu schmerzen. Die Sekretion wurde stärker. Da keine Besserung eintrat, kam Pat. in die hiesige Klinik.

Befund: Mäßiger Ernährungs- und Kräftezustand. Das Präputium ist am Frenulum ödematös geschwollen und infiltriert. An der rechten Seite der Corona glandis befindet sich ein Herd mit nekrotischem Gewebe, der stinkenden Eiter absondert. Die Umgebung dieses Herdes ist beinahe bis zur Mitte des Penis von harter Konsistenz und geht allmählich zentral in eine tief in die Glans vorspringende Delle über. Rechts verhärtete Leistendrüsen.

Verlauf: 8. 1. Operation: In Allgemeinnarkose Excision einer kirschgroßen verhärteten Leistendrüse rechts zur mikroskopischen Untersuchung. Typische Amputation an der Basis des Gliedes mit plastischer Wiederherstellung des Orificium urethrae.

10. 1. Temperaturanstieg auf 38,1. Pat. klagt über Husten. Ueber beiden Unterlappen vereinzeltes Giemen und Surren. Mixt. solv. Brustumschlag.

14. 1. Temp. steigt auf 39,8. Weiter Umschläge und Mixt. solv.

16. 1. Pat. fühlt sich wohl, Temp. wieder normal.

18. 1. Fäden entfernt. Wunde in der rechten Leistenbeuge primär verheilt. Operationswunde am Penis sezerniert noch. Sitzbad.

22. 1. Sekretion der Wunde am Penis hat nachgelassen, Sitzbad.

25. 1. Patient wird als geheilt entlassen, um sich nach einiger Zeit wieder vorzustellen.

Zusammenfassend kann etwa folgendes gesagt werden: Eine einheitliche Entstehungsursache ergibt sich nicht, jedoch sind aus der Vorgeschichte bemerkenswert, daß bestand von 18 Fällen:

bei 5 Fällen Phimose
„ 5 „ Tripper
„ 2 „ Lues

bei 1 Fall Hypospadie
„ 1 „ Trauma
„ 1 „ Dauernde mechanische Reize
„ 1 „ Diabetes.

Hiervon kann man die vier letztgenannten wohl als Einzelfälle ausscheiden, bei denen ein Zusammenhang nicht nachweisbar ist. Auch die zwei Fälle von Lues lassen noch nicht den Schluß zu, daß dieselbe in ursächlicher Verbindung mit dem Peniskarzinom steht. Hingegen geben die 5 Tripperfälle zu denken. Jedoch neige ich der Ansicht zu, daß bei der Häufigkeit dieses Leidens zu mindest ein Zusammenhang nicht erwiesen ist. Das Vorherrschen der Phimose aber glaube ich in Uebereinstimmung mit den in der Einleitung angeführten Beobachtungen namhafter Autoren doch als ein Zeichen ansehen zu müssen, daß eine Vorhautverengung mindestens einen günstigen Boden für die Entwicklung eines Krebses abgibt.

Die Art des Krebses geht zwar aus den Berichten nur selten hervor, jedoch seien die ausdrücklich hervorgehobenen Fälle hier zahlenmäßg wiedergegeben.

Blumenkohlgewächse 4 Fälle,
Harter infiltrierender Krebs 10 Fälle,

ein Verhältnis, das dem in der Literatur angegebenen durchaus entspricht.

Wie so oft zeigen auch die oben angeführten Krankenblätter, daß der Krebs in seinen Uranfängen nicht bemerkt oder nicht beachtet wird, so daß nur gesagt werden kann, daß als erste Krankheitserscheinung auffiel:

In 5 Fällen eine Ulzeration (einmal der Urethra).
In 5 Fällen eine warzige Erhebung.
In 2 Fällen eine oder mehrere zerfallende Blasen.

Diese zerfallenden Blasen sind in den mir zugänglichen Arbeiten noch nicht erwähnt und verdienen als immerhin

bemerkenswerte Anfangserscheinung hervorgehoben zu werden.

Nach der oben angeführten Schwierigkeit, Entstehungszeit und Art zu bestimmen, ist es einleuchtend, daß auch die Wachstumsschnelligkeit schwer bestimmbar ist. Es steht nur fest:

1 Fall	48 Monate	2 Fälle	6 Monate
2 Fälle	18 „	1 „	4 „
1 „	9 „	1 „	12 Wochen
1 „	7 „	1 „	6 „
	1 Fall 1 Woche		

Die drei letzten Zahlen stehen zu der Größe der Geschwulst in zu großem Widerspruch und dürfen wohl auf Beobachtungsfehlern beruhen. Im allgemeinen kann man wohl $^1/_2$ — $1^1/_2$ Jahre als Durchschnitt annehmen.

Die Größe der zur Beobachtung gelangten Neubildungen wechselt zwischen Erbsen- und Handtellergröße. Haselnußgröße scheint sich am häufigsten zu finden.

Angaben über Metastasen zu machen, ist schwierig, da dieselben oft auch der ärztlichen Untersuchung unzugänglich sind. In den vorliegenden Fällen waren bei 18 Peniskarzinomen nachweisbar betroffen:

Leistendrüsen	13 mal	Cubitaldrüsen	1 mal
Beckendrüsen	1 „	Dorsales Lymphgefäß	1 „

Es ist dies ein neuer Beweis, wie außerordentlich wichtig neben der Penisamputation das Ausräumen der Leistendrüsen ist, und nur sehr zwingende Gründe können ihre Exstirpation verbieten.

Das Alter der an Peniskarzinom Erkrankten schwankt nach den vorliegenden Fällen zwischen 40 - 78 Jahren, und zwar verteilen sich die Erkrankungen folgendermaßen:

Alter:	Erkrankungen
36—40	1
40—50	8
50—60	7
60—70	10
70—78	5

Am häufigsten werden also Männer von 60 — 70 Jahren betroffen, während unterhalb der Vierziger nur ein Fall sich findet. Diese Zahlen stimmen mit anderen Beobachtungen vollkommen überein.

Die Kachexie war in den meisten Fällen wohl unwesentlich und deshalb nicht erwähnt, nur in zwei Fällen wird sie als „mäßig" angegeben.

Alle Peniskarzinome sind in der hiesigen Klinik operativ behandelt worden, wenn dies möglich war. Die Art der Operation war selbstredend verschieden und paßte sich dem jeweiligen Falle an; man kann nur sagen, daß die Eingangs beschriebene typische Amputation mit Leistendrüsenausräumung bevorzugt wurde.

Um nun zu dem für die Praxis in hervorragendstem Maße wichtigen Operationserfolg und weiteren Verlauf zu kommen, muß leider gesagt werden, daß das vorliegende Material nähere Aufschlüsse nicht gibt, da Aufzeichnungen darüber fehlen. Immerhin kann mit einiger Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß von den Patienten, die sich in der Klinik nicht wieder vorstellten, ein großer Teil frei von Rezidiven geblieben ist.

Diese Wahrscheinlichkeitsannahme ergibt etwa:

25 Fälle dauernd geheilt;
1 Fall nach Rezidiv geheilt;
3 Fälle inoperabel und nicht geheilt.

Die Zahl von 25 Dauerheilungen bei 31 Fällen (also über 80 %) ist zwar außerordentlich hoch gegenüber den

Angaben der Literatur (die ja zwischen 38 und 66 % schwanken), aber es muß eben nochmals betont werden, daß es sich um eine vermutliche Zahl handelt und die wahre Zahl leider wohl hinter der obengenannten zurückbleibt.

Immerhin kann man wohl aus obigen Ausführungen den Schluß ziehen, daß das richtig und rechtzeitig erkannte und zweckmäßig operierte Peniskarzinom keine ungünstige Prognose hat und Rezidive nicht häufig sind.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Generalarzt Professor Dr. A. Köhler für die Ueberweisung der Arbeit und die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur

Archiv für klinische Chirurgie.
Berliner klinische Wochenschrift.
Borst, Geschwulstlehre.
Bruns, Beiträge zur klinischen Chirurgie.
Centralblatt für Chirurgie.
Deutsche Chirurgie.
Deutsche Medizinische Wochenschrift.
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
Eulenburgs Realenzyklopädie.
Hildebrand, Allgemeine Chirurgie.
Hildebrand, Jahresbericht für Chirurgie.
Jahresbericht über die Fortschritte der Chirurgie.
König, Lehbuch der speziellen Chirurgie.
Leser, Spezielle Chirurgie.
Medizinische Klinik.
Münchener Medizinische Wochenschrift.
Orth, Geschwulstlehre.
Ribbert, Geschwulstlehre.
Schmidts Jahrbücher.
Tillmanns Lehrbuch der Chirurgie.
Virchows Jahresberichte.
Wiener Klinische Wochenschrift.
Wiener medizinische Wochenschrift.
Wullstein und **Wilms**, Lehrbuch der Chirurgie.

Lebenslauf

Ich, Hans Seyffardt, bin geboren am 2. September 1892 zu Weilburg an der Lahn als Sohn des weiland Premierleutnants Hermann Seyffardt und seiner Ehefrau Sieglinde. Meine Schulbildung erhielt ich auf der Prinz Georg-Schule und dem Reformrealgymnasium zu Düsseldorf. Die Reifeprüfung legte ich Ostern 1911 ab und wurde dann in die Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen aufgenommen.

Während meines Studiums hörte ich Vorlesungen und besuchte Kurse in den Instituten bezw. Kliniken der Herrn:

Bier, Bonhoeffer, Bumm, Flügge, Franz, Freund, Gabriel, Goldscheider, Haberland, Hertwig, Hildebrand, His, Killian, Kraus, Krückmann, Lesser, Lubarsch, Orth, Passow, Rubens, Rubner, F. E. Schultze, Straßmann, Virchow, Waldeyer und arbeitete wiederholt praktisch unter Herrn Dr. Engelen auf der inneren Abteilung des Marienhospitals Düsseldorf.

Im Kriege war ich stets an der Front.

Am 1. November 1918 wurde ich zur Beendigung meiner Studien zur Kaiser Wilhelms-Akademie kommandiert und beendete mein Staatsexamen am 21. Juni 1919.